ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-5 Date de publication : 15 mars 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 8)*

		Pagination officielle :
ATTITUDE DES MÉDIAS À L'ÉGARD DE L'IMMUNISATION	F-1	37 – 40
RECRUDESCENCE DE LA COQUELUCHE EN MONTÉRÉGIE (QUÉBEC) 1990-1994	F-3	40 – 44
LA COQUELUCHE AU QUÉBEC : ÉPIDÉMIE DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 80	F-6	45 – 48
ANNONCES	F-8	48

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ATTITUDE DES MÉDIAS À L'ÉGARD DE L'IMMUNISATION

Introduction

Il est généralement admis par la plupart des pourvoyeurs de soins de santé que les enfants canadiens ne sont pas suffisamment vaccinés et qu'il faut déployer des efforts additionnels pour convaincre les parents et les soignants de l'importance de protéger précocement les enfants en leur offrant une couverture vaccinale complète.

Dans le passé, cinq types d'intervenants ont fait ressortir la nécessité de la vaccination : les médecins de famille et les autres professionnels de la santé, les services de santé publique, les services de santé gouvernementaux, les organismes de santé bénévoles et les sociétés pharmaceutiques. Lorsque ces intervenants pouvaient transmettre leur message directement aux parents et aux autres intéressés, ils obtenaient des résultats satisfaisants : un plus grand nombre d'enfants étaient vaccinés. Mais on ne pouvait pas en dire autant lorsqu'ils devaient faire appel aux quotidiens pour transmettre leur message.

Enquête auprès des médias

Il y a 111 quotidiens au Canada : 99 en langue anglaise, 11 en langue française et un bilingue. Dernièrement, on a procédé à une enquête téléphonique non officielle auprès de 74 d'entre eux (68 anglophones, 6 francophones), afin d'évaluer leur intérêt pour la vaccination en tant que sujet d'actualité, l'accueil qu'ils ont réservé dans le passé aux communiqués sur la vaccination et l'importance que revêt à leurs yeux la vaccination par rapport aux autres problèmes de santé auxquels les Canadiens sont actuellement confrontés. On leur a également demandé d'indiquer en quelles circonstances la vaccination pourrait devenir un sujet d'actualité suffisamment intéressant pour recevoir une couverture.

Résultats de l'enquête

Cette enquête a été réalisée de façon aléatoire au cours d'une période de trois mois. S'ils ne sont pas officiels, les résultats n'en sont pas moins révélateurs.

Presque tous les répondants considéraient que les communiqués concernant l'immunisation étaient des «nouvelles froides», de peu d'importance.

Peu de répondants pouvaient se rappeler avec précision avoir reçu de l'information sur l'immunisation d'une quelconque source, mais la plupart ont dit qu'ils croyaient «avoir peut-être reçu quelque chose».

Aucun répondant ne se souvenait d'un article particulier portant sur l immunisation au Canada qui serait paru au cours des trois mois précédant l'enquête; plusieurs ont cependant indiqué que leur journal avait probablement publié des communiqués sur les cliniques de vaccination, «...parce que nous publions ce genre de choses dans le cadre de nos services à la collectivité...»

La plupart des répondants ne croyaient pas que leur journal considérait l'immunisation comme une question de santé importante et ont fait remarquer que «...tout le monde doit faire vacciner ses enfants de toute façon, n'est-ce pas?»

Lorsqu'on leur a demandé de préciser quels types de communiqués étaient susceptibles de les intéresser, voici les deux réponses qui revenaient le plus souvent : un «vaccin de mauvaise qualité», qui aurait provoqué des réactions indésirables chez un grand nombre de vaccinés, ou une épidémie importante dans leur collectivité d'une maladie infantile qui peut être prévenue par un vaccin.

Conclusion de l'enquête

L'immunisation n'est que l'un des multiples sujets d'actualité parmi lesquels les rédacteurs doivent choisir, chaque jour, pour trouver des sujets susceptibles d'intéresser leurs lecteurs, toujours à l'affût de nouvelles intéressantes, excitantes ou instructives. L'auteur de cette enquête, journaliste chevronné, arrive à la conclusion suivante : les quotidiens ne considèrent pas que l'immunisation des enfants est une question d'intérêt majeur, à moins qu'un incident fâcheux ne survienne. Lorsque c'est le cas,

plus l'incident est grave, plus il défraie la manchette et plus l'attention qui lui est accordée est prolongée. Une percée importante dans le domaine de la recherche sur les vaccins ou une autre découverte de premier plan pourraient également faire la première page, mais l'attention accordée à la question serait de très courte durée.

Quels médias pourraient être nos alliés?

Il va sans dire que les médias pourraient être des alliés formidables dans notre quête en vue d'attirer l'attention de la population — il n'existe tout simplement pas d'autre moyen peu coûteux de convaincre de l'importance de la vaccination chez les millions de personnes qui doivent être sensibilisées à la question.

Nous devons nous demander «quels sont les médias» qui peuvent le mieux appuyer nos efforts et nous permettre de transmettre notre message aux parents et aux soignants.

Selon l'auteur, on ne doit pas se tourner vers les quotidiens; ce sont plutôt les 1 067 journaux communautaires et les 310 petits journaux allophones qui constituent nos meilleurs alliés. Ces journaux sont pour la plupart publiés en anglais ou en français, mais les journaux allophones paraissent dans quelque 40 langues différentes, ce qui permet aux diffuseurs d'informations de s'adresser à presque tous les Canadiens dans leur langue maternelle.

Tirage des différents types de journaux

Les pourvoyeurs de soins de santé et les autres intervenants chargés de transmettre l'information sur l'immunisation des enfants croient parfois, à tort, que les quotidiens atteignent un vaste public et permettent de joindre plus de gens que les petits journaux. Une analyse de la situation dans seulement deux villes suffit à nous convaincre du contraire.

À Montréal, on compte trois quotidiens francophones et un quotidien anglophone, qui ont un tirage global de 676 000 exemplaires. En outre, 16 hebdomadaires francophones et un hebdomadaire bilingue sont diffusés globalement à 1,1 million d'exemplaires, et 30 journaux communautaires, publiés dans 12 autres langues, à 475 000 exemplaires. Par conséquent, le tirage global des journaux communautaires atteint près de 1,5 million d'exemplaire, soit près du triple de celui des quotidiens.

La situation est analogue à Vancouver. Le tirage global des deux quotidiens de cette ville atteint 401 000 exemplaires, alors que celui des neuf journaux locaux anglophones et des 17 autres journaux communautaires est de 608 000 exemplaires (supérieur de plus de 50 %). Ces journaux présentent en outre l'avantage de paraître dans neuf autres langues.

Transmettre votre message aux médias

Il est difficile de rejoindre les rédacteurs, les chroniqueurs et les journalistes des quotidiens, à moins d'être l'unique source de nouvelles-chocs, et même dans ce cas, l'exercice risque d'être ardu. En revanche, les journaux communautaires comptent habituellement moins d'employés (généralement moins de cinq) et savent que les membres de la collectivité constituent leur principal réservoir de nouvelles et d'informations. En outre, ils se préoccupent généralement davantage de ce qui se passe à l'échelle locale, puisque c'est là qu'ils puisent leurs lecteurs et leurs annonceurs. Habituellement, ils se sentent directement concernés par les questions de santé, parce qu'elles ont des répercussions sur un grand nombre de personnes qu'ils connaissent bien et dont ils se soucient tout particulièrement.

Comment puis-je rejoindre les journaux communautaires?

- faites-vous connaître d'eux (il suffit pour cela de vous rendre à leurs bureaux et de vous présenter);
- proposez-leur d'agir comme personne-ressource lorsqu'ils publient des articles sur des questions d'ordre médical ou sanitaire;
- offrez d'écrire des articles, des rubriques ou des commentaires sur des sujets qui vous intéressent;
- communiquez régulièrement avec les principaux rédacteurs et journalistes et invitez-les à participer à des cliniques de vaccination ou des activités locales touchant la santé;
- transmettez-leur des renseignements reçus de diverses sources (comme le RMTC), dont vous n'avez plus besoin mais qui peuvent leur être utiles;
- remettez-leur de la documentation reçue de sociétés pharmaceutiques, dont vous n'avez plus besoin mais qui peut leur être utile;
- servez de catalyseur ou d'agent de liaison et aidez les rédacteurs et les chroniqueurs à joindre les personnes oeuvrant dans le système de soins de santé avec qui ils veulent communiquer, même si cela ne sert pas vos propres intérêts;
- écoutez-les et accueillez leurs suggestions quant à la façon d'encourager des mesures sanitaires comme l'immunisation. Peu de médecins et de pourvoyeurs de soins de santé ont une influence sur la collectivité qui égale la leur; très souvent, ils peuvent vous faire des suggestions imaginatives et novatrices sur la façon de transmettre votre message. Ils peuvent très rapidement «s'approprier» à votre programme, situation dont vous ne pourrez que vous féliciter.

Conclusion

Les quotidiens importants sont, par nature, à l'affût de nouvelles importantes. Dans le cas de l'immunisation, c'est dire qu'ils recherchent trop souvent les épidémies, les catastrophes ou les problèmes importants. Même si l'on espère qu'il n'en sera pas toujours ainsi, les quotidiens ne s'intéressent guère encore à la prévention. Pour l'instant, les médecins et les autres pourvoyeurs de soins de santé doivent se résigner au fait que le choléra au Ruanda, la peste en Inde ou toute maladie grave ou catastrophe qui retient l'attention dans le monde fassent davantage les manchettes que la nécessité de faire vacciner les enfants.

Les petits journaux communautaires ne voient pas les choses du même oeil. Tant les questions qui les intéressent que leurs intérêts financiers sont locaux. Leur survie dépend de la collectivité, et ils savent que cette dernière compte sur eux pour obtenir des nouvelles et des informations importantes. Il est donc dans notre intérêt d'entretenir des contacts avec eux, de leur rendre service et de s'en faire des alliés qui nous aideront à convaincre de l'importance de la vaccination les Canadiens qui doivent être sensibilisés à la question — les parents et les soignants d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés.

Source : *P Baker, conseiller principal, Healthcare Communications Strategies, Toronto (Ontario).*

Note de la rédaction : *Cet exposé a été présenté à la conférence de trois jours sur "L'immunisation dans les années 90 : défis et*

solutions", organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie, qui s'est tenue à Québec du 5 au 7 octobre 1994.

RECRUDESCENCE DE LA COQUELUCHE EN MONTÉRÉGIE (QUÉBEC) 1990-1994

Introduction

Depuis 1990, le Québec a connu une augmentation considérable du nombre de cas déclarés de coqueluche. En 1990, 1992 et 1993, on a dénombré en tout plus de 1 300 cas, ce qui ne s'était pas vu depuis la fin des années 1960[1]. Une augmentation du nombre de cas déclarés a en outre été observée dans d'autres provinces canadiennes en 1990[2], ainsi que dans le nord-est des États-Unis en 1993[3].

Afin de faire face à cette recrudescence, une campagne d'information a été menée en Montérégie, en novembre 1993, à l'intention des médecins, des parents de nouveau-nés et des parents d'enfants fréquentant la garderie, l'école primaire ou secondaire. On a rédigé des lettres décrivant les symptômes, le diagnostic, le traitement et la prévention de la coqueluche, et rappelé aux parents l'importance de la vaccination. Les médecins ont été informés que lors d'une éclosion, ils devaient intervenir auprès des cas et de leurs contacts dès qu'ils étaient en présence d'une toux paroxystique durant depuis plus de 7 jours et qu'ils ne devaient pas attendre une confirmation par culture, étant donné que les résultats avaient peu d'incidence sur la prise de décisions[4,5].

Dans le but de déterminer les facteurs associés à cette recrudescence et d'évaluer l'impact de la campagne d'information de l'automne 1993, nous décrivons dans le présent rapport l'épidémiologie de la coqueluche en Montérégie entre janvier 1990 et mars 1994.

Méthodes

Située sur la rive sud du Saint-Laurent, à proximité de Montréal, la région de la Montérégie compte environ 1 280 000 habitants, soit 18 % de la population de la province de Québec. En général, les déclarations de coqueluche sont transmises aux responsables de la santé publique par les médecins traitants ou les infirmières scolaires. On procède à un suivi auprès des cas ou du responsable de la déclaration pour valider le diagnostic*. Toutes les déclarations correspondant à la définition d'un cas clinique de coqueluche[6] sont ensuite enregistrées dans le fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire. Les cas qui ne correspondent pas à la définition et ceux qui exigent une hospitalisation sont examinés en détail.

Résultats

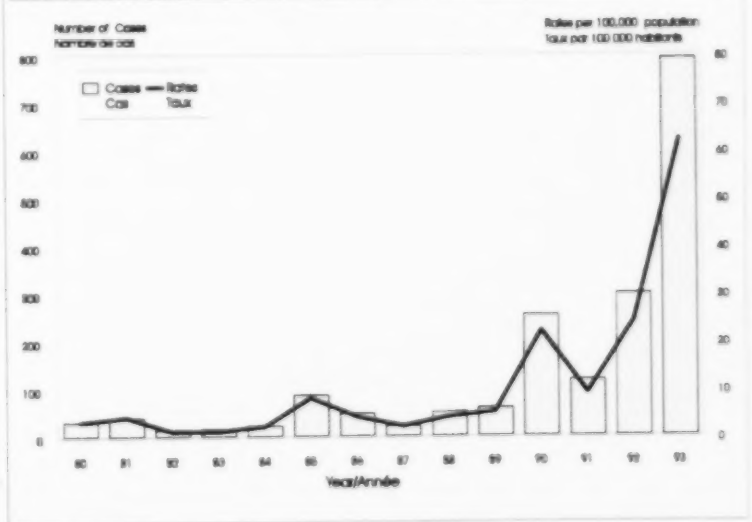
La figure 1 présente le nombre de cas validés de coqueluche et les taux annuels correspondants entre 1980 et 1993. Au cours de cette période, le pourcentage de cas en Montérégie représentait entre 11 % et 22 % du total annuel de la province. En 1993, 4 340 cas ont été déclarés au Québec, dont 790 (18,2 %) en Montérégie, soit des taux respectifs de 60 et 62 cas pour 100 000 habitants. La figure 2 montre la distribution des cas, par mois, entre janvier 1990 et mars 1994. Sauf en 1991, environ 60 % des cas ont été déclarés au cours du quatrième trimestre de chaque année.

Les données trimestrielles pour la période de janvier 1993 à mars 1994 relativement aux cas suspects, aux cas validés et aux cas confirmés en laboratoire figurent à la figure 3. Le pourcentage global des cas suspects s'établissait à 13 % aux premier, deuxième et troisième trimestres de 1993. Ce chiffre a atteint 28 % au quatrième trimestre, et 43 % au premier trimestre de 1994. Parmi les 353 cas déclarés au cours de cette période, 287 (81 %) l'ont été entre novembre 1993 et février 94.

Parmi les cas validés en 1993, 81 % correspondaient à la définition de cas clinique, tandis que les autres (19 %) avaient été confirmés par culture ou étaient directement liés à un cas confirmé par culture. En décembre 1993, seulement 30 (10 %) des 294 cas validés avaient été confirmés en laboratoire. La proportion des cas confirmés était significativement plus élevée chez les enfants de moins d'un an : 42 %, comparativement à 17 % dans les autres groupes d'âge ($p < 0,0001$).

La distribution selon l'âge des cas déclarés entre 1990 et 1993 figure à la figure 4. Depuis 1990, on observe une diminution de la proportion des cas chez les enfants de moins de 5 ans. C'est dans

Figure 1
La coqueluche en Montérégie, Québec, 1980 à 1993



* Un cas est **validé** lorsqu'il correspond à la définition d'un cas clinique ou aux critères à cet égard ou lorsqu'il a été confirmé en laboratoire.
Un cas **non validé** est un cas suspect.
Un cas est **confirmé** lorsque le diagnostic a été confirmé en laboratoire par culture.

ce groupe d'âge, qui représente 6 % de la population de la Montérégie, qu'on a dénombré 64 % des cas en 1990, 70 % en 1991, 56 % en 1992 et 44 % en 1993. Par conséquent, la proportion des cas dans les autres groupes d'âge a augmenté. La hausse la plus forte a été enregistrée chez les 20 ans et plus, le pourcentage de cas confirmés passant de 1 % en 1990 à 11 % en 1993. Les taux diminuaient avec l'âge. En 1993, chez les sujets âgés de 0 à 11 mois, 12 à 59 mois, 5 à 9 ans, 10 à 19 ans et 20 ans et plus, les taux s'établissaient respectivement à 414, 443, 309, 61 et 10 cas pour 100 000 habitants.

Cinquante-cinq pour cent de l'ensemble des sujets atteints étaient de sexe féminin. Cette proportion était plus élevée chez les 10 ans et plus: 67 % contre 53 % chez les moins de 10 ans ($p < 0,0005$).

Comme il fallait s'y attendre, la proportion des cas nécessitant une hospitalisation diminuait avec l'âge. En 1993, 32 (4,1 %) cas ont dû être admis à l'hôpital. Seize (50 %) des 32 nourrissons de moins de 6 mois ont été hospitalisés, dont 11 âgés de moins de 3 mois. On a en outre dénombré 7 (21 %) hospitalisations dans un groupe de 33 nourrissons de 6 à 11 mois, 6 (2 %), chez les enfants âgés de 12 à 59 mois, et 3 (1 %), chez ceux de 5 ans et plus. Dans ces trois derniers cas, les états concomitants étaient l'asthme, la fibrose kystique et la grossesse. Il n'y a eu aucun décès lié à la coqueluche en Montérégie depuis janvier 1990.

En 1993, on connaissait le statut immunitaire de 631 (80 %) cas dans tous les groupes d'âge, mais on ne disposait de cette information que dans 28% des dossiers chez les 20 ans et plus. Parmi ces 631 cas, 546 (87 %) avaient reçu la série vaccinale complète, tandis que 54 (9 %) n'avaient pas reçu toute la série vaccinale, et 31 (5 %) n'avaient jamais été vaccinés. Chez les nourrissons de 0 à 5 mois et de 6 à 11 mois, respectivement 7 % et 31 % des cas n'avaient pas reçu la série vaccinale complète, et 40 % et 7 % des cas n'avaient pas été vaccinés.

Figure 2
Distribution mensuelle des cas de coqueluche en Montérégie, janvier 1990 à mars 1994

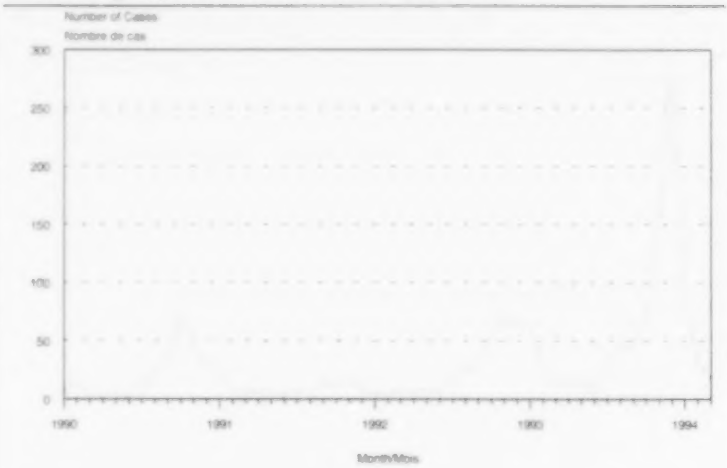
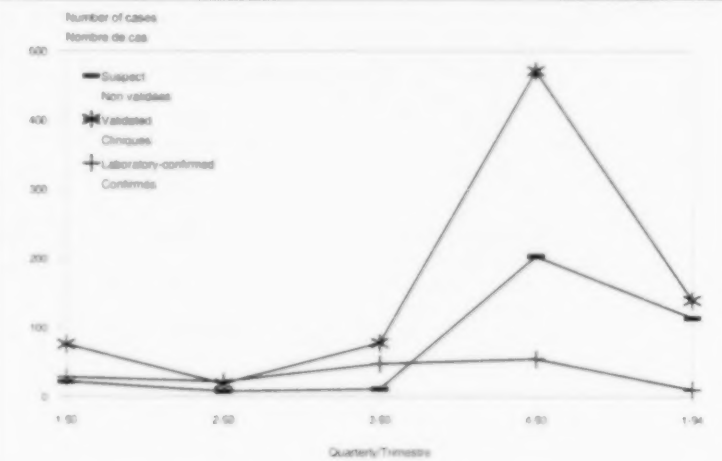


Figure 3
Distribution trimestrielle des déclarations reçues en Montérégie, janvier 1993 à mars 1994



Analyse

L'analyse des données de surveillance fait ressortir une hausse récente du nombre de cas de coqueluche en Montérégie, qui a été nettement plus élevé en 1993 qu'au cours des cinq années précédentes. Cette recrudescence n'est vraisemblablement pas attribuable à des changements importants dans les méthodes de surveillance : il est peu probable que les médecins ou les infirmières scolaires aient modifié leurs habitudes de déclaration, sauf peut-être après la campagne d'information de novembre 1993. Aucune autre maladie à déclaration obligatoire n'a suivi une évolution analogue à celle de la coqueluche au cours des dernières années.

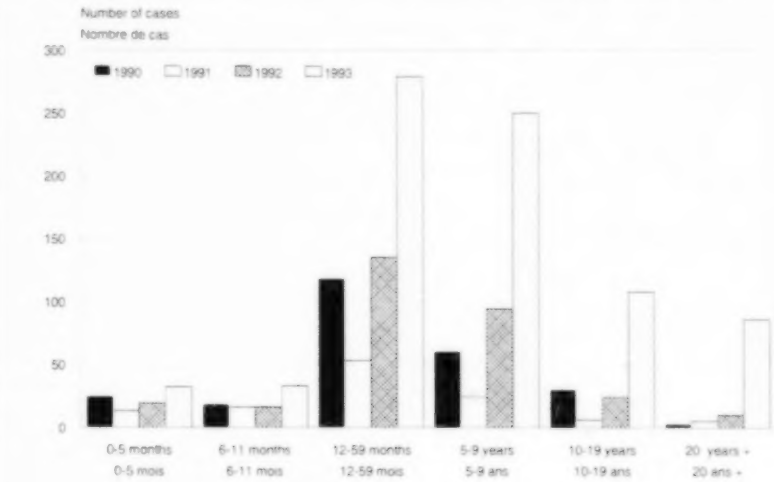
Les définitions de cas clinique et de cas confirmé en laboratoire[6] sont employées uniformément par tous les intervenants de la santé publique de la Montérégie depuis janvier 1991, et toutes les déclarations reçues font l'objet d'une vérification systématique auprès du cas ou de la personne responsable de la déclaration. Ce sont les mêmes définitions qui sont recommandées à des fins de surveillance dans l'ensemble du Canada[4]. Patriarca et ses collaborateurs[7] ont démontré que le critère d'une «toux durant 14 jours ou plus», sur lequel repose la définition de cas clinique, est à la fois sensible et spécifique.

La campagne d'information de novembre 1993 est probablement responsable de la hausse de la proportion des cas suspects déclarés en décembre 1993 et au premier trimestre de

1994. Le suivi a révélé que ces déclarations concernaient surtout des cas où une toux avait duré moins de 14 jours, ce qui donne à penser que la campagne d'information a atteint l'un de ses objectifs, à savoir l'enquête précoce sur les cas suspects. Il faut toutefois être conscient du surcroît de travail que représente l'enquête relative à toutes ces déclarations. Parmi les 445 déclarations reçues en décembre 1993, 151 (34 %) ne correspondaient pas à la définition de cas clinique. Il est impossible de déterminer dans quelle mesure ces interventions ont contribué à la baisse du nombre de cas observée au premier trimestre de 1994, puisque cette baisse correspond au cycle de la maladie dans notre région.

La diminution du pourcentage de cas confirmés à partir du quatrième trimestre de 1993 concorde avec les informations transmises aux médecins quant au fait qu'il n'est guère utile d'attendre la confirmation par culture en situation d'éclosion[4,5].

Figure 4
Distribution des cas selon l'âge, Montérégie, 1990 et 1993



L'augmentation plus rapide des cas chez les 10 ans et plus peut indiquer un biais de déclaration ou refléter une immunité moindre dans ce groupe d'âge. Une augmentation semblable avait été observée aux États-Unis par Farizo et ses collaborateurs[8]. Ces auteurs avaient également fait état d'une proportion plus élevée de cas chez les sujets de sexe féminin de 15 ans et plus, phénomène qu'ils attribuaient au fait que les femmes — en raison de leurs contacts avec les nourrissons et les jeunes enfants — sont davantage exposées à la maladie. Il est aussi possible qu'en présence de symptômes, les femmes consultent plus volontiers un médecin que les hommes.

La coqueluche demeure une maladie grave chez les nourrissons[9], comme en fait foi la proportion des sujets de 0 à 11 mois qui ont été hospitalisés. Les trois sujets de plus de 5 ans admis à l'hôpital présentaient un état aggravant. Le pourcentage plus élevé d'hospitalisations observé par Farizo et ses collaborateurs[8] est probablement lié à une sous-représentation des formes bénignes de la coqueluche dans leur échantillon.

Les données relatives à l'immunisation sont incomplètes, ce qui limite de beaucoup l'interprétation, en particulier pour les personnes âgées de plus de 20 ans. Les nourrissons de moins d'un an sont évidemment moins bien protégés que les autres.

En conclusion, on observe depuis 1990 une augmentation du nombre de cas de coqueluche en Montérégie et dans le reste de la province. Les causes de cette hausse ne sont pas claires, mais les données présentées confirment que la maladie touche tous les groupes d'âge et que ce sont les nourrissons qui courent le plus grand risque de complications graves. Il y a lieu d'accorder une importance prioritaire à l'immunisation adéquate et à l'intervention précoce auprès des cas et de leurs contacts lorsque de telles mesures peuvent permettre de protéger de jeunes enfants[4,5].

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr L. Perron, et A.M. Clouâtre, L. Fugère, L. Guay-Wiedrick et C. LaSalle de leur précieuse collaboration à cette étude, ainsi que tous les intervenants qui ont participé à la validation des cas déclarés.

Références

1. Direction de la prévention et protection de la santé publique. *Maladies infectieuses: rapport annuel 1986*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1987.
2. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire - 1991*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1991.
3. CDC. *Resurgence of pertussis - United States, 1993*. MMWR 1993;42:952-3, 959-60.
4. LLCM. *Conférence de concertation sur la coqueluche*. RMTC 1993;19:124-35.
5. Direction générale de la santé publique. *Prévenir et enrayer la coqueluche - situation et orientations*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993.
6. Direction de la santé publique. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1991.
7. Patriarca PA, Biellik RJ, Sanden G et coll. *Sensitivity and specificity of clinical case definitions for pertussis*. Am J Public Health 1988;78:833-36.
8. Farizo KM, Cochi SL, Zell ER et coll. *Epidemiological features of pertussis in the United States, 1980-1989*. Clin Infect Dis 1992;14:708-19.
9. Gold R, Déry P, Halperin S et coll. *Cas de coqueluche chez des enfants hospitalisés dans cinq hôpitaux pédiatriques canadiens de soins tertiaires*. RMTC 1994;20:31-4.

Source : *Dr F Milord, Direction régionale de la santé publique de la Montérégie, Greenfield Park (Québec).*

LA COQUELUCHE AU QUÉBEC : ÉPIDÉMIE DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 80

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire dont l'incidence a été en constante décroissance entre 1955 et la fin des années 80 (figure 1). En 1989, le Québec s'est pourvu d'un système informatisé et centralisé pour toutes les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Depuis 1990, le nombre de cas de coqueluche déclarés a augmenté au Québec et atteint des niveaux épidémiques année après année. La mise sur pied d'un nouveau système de déclaration a pu engendrer un biais de surveillance, ce qui donne à penser qu'il y a une augmentation de l'incidence alors qu'en réalité il n'y a aucun changement. Afin de déterminer s'il y avait une augmentation réelle, nous avons examiné la tendance des hospitalisations pour coqueluche recensées au fichier des hospitalisations (Med-Echo) depuis sa création en 1982.

Méthode

Toutes les données concernant les patients hospitalisés chez qui la coqueluche est soit le diagnostic principal, soit un diagnostic secondaire, ont été analysées. Cette analyse a porté sur les années pour lesquelles l'information était complète, soit de 1983 à 1993.

Résultats

Du 1er janvier 1983 au 31 décembre 1993, 3 544 personnes (moyenne : 322) ont été hospitalisées avec un diagnostic de coqueluche. De ce nombre, 84 % (2 987) avaient la coqueluche comme diagnostic principal. Les nourrissons de 0 à 3 mois et ceux de 3 à 5 mois représentaient respectivement 23 % et 24 % des hospitalisations, alors que cette proportion diminuait à 10 % pour les 6 à 11 mois. Ces proportions sont restées stables durant toute la période d'observation. Le nombre total d'hospitalisations pour la coqueluche qui était plutôt stable de 1983 à 1987, a commencé à augmenter à partir de 1988 passant d'une moyenne de 228 cas par année avant 1988 à une moyenne de 400 cas par année par la suite (figure 2). De même, le nombre d'enfants de moins d'un an de chacun de ces groupes d'âge était resté stable de 1983 à 1987 mais il augmentait à partir de 1988, la moyenne annuelle passant de 107 à 192 chez les enfants de 0 à 6 mois et de 41 à 61 chez ceux de 6 à 11 mois.

Discussion

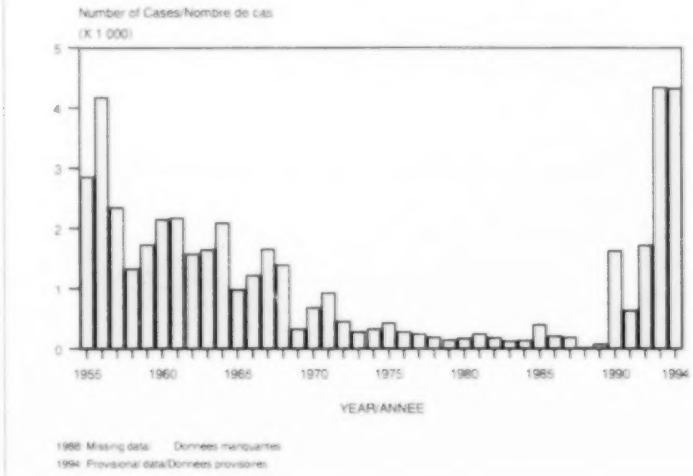
Les fichiers administratifs comportent certaines limites qui rendent leur utilisation délicate. La principale limite s'applique à la précision et à la spécificité du diagnostic. Dans le cas de la coqueluche, à cause de la gravité accrue de la maladie chez les enfants de moins d'un an, le diagnostic est plus spécifique et plus précis que chez les enfants plus âgés. Comme les nourrissons de moins d'un an constituent 65 % des admissions pour la coqueluche, on peut considérer qu'ils fournissent une indication valable de la tendance des hospitalisations attribuables à cette maladie. De plus, il n'y a eu, pendant la période de l'étude, aucune amélioration sur le plan du diagnostic, qui aurait pu hausser indûment l'incidence.

Les données de Med-Echo confirment que l'on assiste à une augmentation réelle de l'incidence de la coqueluche. On note cependant que l'augmentation des hospitalisations semble beaucoup moins grande que celle du nombre de cas déclarés dans le fichier MADO. Cette différence vient probablement de deux effets combinés. Tout d'abord, la surveillance générale de la coqueluche s'est vraisemblablement améliorée avec l'introduction du nouveau système informatisé de déclaration MADO, ce qui ne se réflètera pas dans les données d'hospitalisation. D'autre part, il est possible que l'épidémiologie de la coqueluche ait changé et touche maintenant un plus grand nombre de sujets âgés de plus d'un an. Cette hypothèse s'appuie sur le changement que l'on constate dans le pourcentage de cas âgés de moins d'un an recensés dans MADO. Ce pourcentage a baissé d'année en année passant de 16 % en 1990 à moins de 10 % en 1994.

L'augmentation de près de 80 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations de nourrissons âgés de moins de 6 mois est particulièrement inquiétante. Ces enfants ne bénéficient d'aucune vaccination avant l'âge de 2 mois et la mortalité associée à cet âge laisse craindre des décès. Cette crainte a été justifiée par un premier décès survenu au printemps de 1994 chez un enfant de 3 mois non vacciné et surtout par l'incidence de la coqueluche qui a continué d'augmenter au cours de 1994 (figure 1).

La coqueluche est une maladie qui se manifeste généralement de façon épidémique tous les 3 à 5 ans. Un des aspects troublants de la tendance actuelle est la persistance de l'augmentation d'une année à l'autre depuis 1990 (figure 1). Il semble que l'incidence de la coqueluche soit passée brusquement de faible endémie à un état épidémique ou de très forte endémie. Une recrudescence de la coqueluche a aussi été signalée dans d'autres provinces canadiennes[1] et aux États-Unis[2]. L'origine de ce phénomène n'a pas été déterminée, mais des données préliminaires semblent

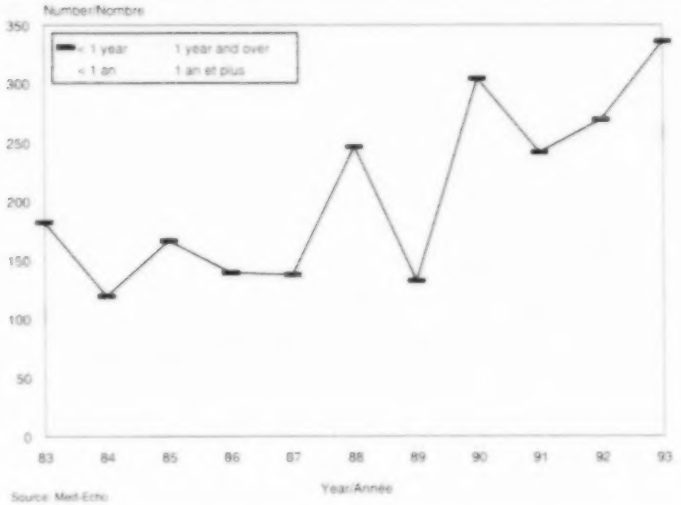
Figure 1
Cas de coqueluche déclarés au Québec de 1955 à 1994



indiquer que l'efficacité du vaccin n'atteint pas les taux de 80 % à 85 % généralement avancés[3]. La cause de cette faible efficacité est actuellement inconnue mais plusieurs facteurs sont probablement impliqués. Les hypothèses à l'étude sont : le changement d'une forme de vaccin liquide à une forme adsorbée, des modifications au niveau de la bactérie et des perturbations dans la chaîne de froid.

Au cours des dernières années, la coqueluche est redevenue un problème de santé publique majeur. Il est essentiel que les autorités s'y intéressent et allouent rapidement les ressources requises pour déterminer l'origine de ce nouveau phénomène et trouver des solutions durables.

Figure 2
Nombre d'hospitalisations pour la coqueluche selon l'âge, Québec, 1983-1993



Références

1. LLCM. *Conférence de concertation sur la coqueluche*. RHMC 1993;19:124-35.
2. CDC. *Resurgence of pertussis - United States, 1993*. MMWR 1993;42:952-53, 959-60.
3. De Serres G, Boulianne N, Duval B et coll. *Résultats préliminaires de l'étude sur l'efficacité contre la coqueluche dans les garderies*. Colloque provincial sur les maladies infectieuses, Montréal, avril 1994.

Source : *Dr G De Serres, N Boulianne, MSc, Dr M Douville Fradet, Dr B Duval, Centre de santé publique de Québec (Québec).*

Commentaire de la rédaction : Entre 1955 et 1987, la morbidité et la mortalité associées à la coqueluche au Canada ont connu une baisse remarquable. On a toutefois assisté en 1988 à un renversement de la situation. Dans de nombreuses régions du Canada, les éclosions de cas de coqueluche se sont en effet multipliées. Cette résurgence de la maladie a atteint un sommet en 1990 : 8 030 cas ont alors été signalés, soit un taux de 30,2 pour 100 000 habitants. Près de 8 000 cas ont été dénombrés jusqu'à maintenant en 1994.

Un seul facteur ne peut expliquer cette résurgence. La plupart des personnes infectées sont des enfants qui ont déjà été vaccinés contre la coqueluche conformément aux recommandations en vigueur, d'autres ont reçu des doses inférieures à ce qui est recommandé dans le calendrier alors que d'autres encore n'ont pas du tout été vaccinées. Les éclosions de cas sont dues à un ensemble de facteurs qui ont eu pour effet d'accroître la susceptibilité de différents groupes à la maladie. On estime que le vaccin existant confère une protection de l'ordre de 65 % à 80 %.

Afin de répondre à un certain nombre de questions concernant la lutte contre les éclosions de cas de coqueluche, le Comité consultatif national de l'immunisation, le Comité consultatif de l'épidémiologie et la Société canadienne de pédiatrie ont publié en 1990 une déclaration conjointe sur la prise en charge des personnes exposées à la coqueluche et sur la lutte contre les éclosions de coqueluche[1]. En outre, une conférence nationale de concertation sur la coqueluche, parrainée par Santé Canada, a été organisée en 1993; on a établi à cette occasion des objectifs nationaux en matière de lutte contre la maladie, discuté des nombreux problèmes qui s'y rapportaient et cerné la meilleure stratégie à adopter pour atteindre ces objectifs[2]. Des études épidémiologiques en cours devraient permettre de déterminer les facteurs de risque.

Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation, Comité consultatif de l'épidémiologie et Société canadienne de pédiatrie. *Déclaration au sujet de la prise en charge des personnes exposées à la coqueluche et de la lutte contre les flambées de coqueluche*. RHMC 1990; 16:127-30.
2. LLCM. *Conférence de concertation sur la coqueluche*. RMTC 1993; 19:124-135.

VOYAGES INTERNATIONAUX ET SANTÉ
Vaccinations exigées et conseils d'hygiène

L'édition 1995 de ***Voyages internationaux et santé*** vient de paraître en anglais et en français. Cette brochure s'adresse aux administrations de la santé, au corps médical, aux agences de tourisme, aux compagnies maritimes et aériennes et aux autres organismes qui sont amenés à donner des conseils d'hygiène aux voyageurs.

En plus du résumé des exigences des pays en matière de vaccinations, la publication indique les principales zones où il y a transmission du paludisme et résistance de *Plasmodium falciparum* aux médicaments. Le schéma chimioprophylactique recommandé est aussi indiqué pour chaque pays où sévit le paludisme.

D'autres chapitres décrivent certains risques pour la santé des voyageurs et indiquent les régions où ces risques se rencontrent le plus souvent. La publication recommande aussi certaines précautions que le voyageur serait avisé de prendre lorsqu'il se rend dans des régions peu connues.

On peut obtenir cette brochure en s'adressant au service des **publications de l'Association canadienne de santé publique, 1565, avenue Carling, bureau 400, Ottawa (Ontario), K1Z 8R1 (téléphone : (613) 725-3769)**. Le coût est de 18,73$ pour un exemplaire (frais de port et de TPS inclus).

COURS ANNUEL D'ÉTÉ EN ÉPIDÉMIOLOGIE ET EN BIOSTATISTIQUE

Le 10e cours annuel d'été en épidémiologie et en biostatistique se tiendra au Département d'Épidémiologie et de Biostatistique, Faculté de Médecine, Université McGill, Montréal, du 8 mai au 30 juin 1995.

Pour de plus amples informations, s'adresser à : **Coordinator, Annual Summer Program, McGill University, 1020 Pine Avenue, W. Room 38-BF, Montréal, Québec, H3A 1A2 (tél [514] 398-3973, fax [514] 398-4503)**.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	*Dr J. Spika*	*(613) 957-4243*
	Dr F. Ashton	*(613) 957-1329*
Rédactrice en chef :	*Eleanor Paulson*	*(613) 957-1788*
Rédactrice adjointe :	*Nicole Beaudoin*	*(613) 957-0841*
Éditique :	*Joanne Reznier*	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Édition	*N° de téléphone :*	*(819) 956-4802*
Ottawa (Canada) K1A 0S9	*Télécopieur :*	*(819) 994-1498*

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995